

LA INTERACCIÓN ENTRE LA PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA DE LAS ENFERMERAS EDUCADORAS Y LOS PARTICIPANTES (EN PROGRAMAS EDUCATIVOS): LÍMITES Y OPORTUNIDADES EN EL DESARROLLO DEL EMPODERAMIENTO PARA EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO EN SALUD

Sheila Sanchez Gomez¹, José Luis Medina Moya²

¹ Doctora en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Enfermera familiar y comunitaria del Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz, España. E-mail: sheila.sanchezgomez@osakidetza.net

² Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesor Titular de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España. E-mail: jlmedina@ub.edu

RESUMEN: Investigación-Acción que pretende explorar y transformar los procesos de enseñanza-aprendizaje, desarrollados por enfermeras, orientados hacia la capacitación para el autocuidado y el empoderamiento del colectivo "adulto maduro". Se ha puesto en marcha un programa educativo en dos localidades donde se intercalan sesiones educativas con encuentros reflexivos post acción educativa con las enfermeras formadoras. La selección y muestreo de los participantes, enfermeras y colectivo "adulto maduro", es intencional. Los métodos utilizados son: observación participante (grabaciones en video de las sesiones), entrevistas en profundidad y sesiones reflexivas sobre la práctica educativa. El análisis de datos se realiza a través del método de comparaciones constantes. Los resultados muestran la convivencia de distintos intereses educativos presentes en la actualidad en torno a la educación para la salud, la necesidad de poner en diálogo los marcos de referencia de participantes y enfermeras y de avanzar hacia posiciones epistemológicas más autonomizantes que forjen los pilares del aprendizaje dialógico en salud.

DESCRIPTORES: Enfermería en salud comunitaria. Educación en salud. Promoción de la salud. Participación comunitaria. Investigación participativa basada en la comunidad.

A INTERAÇÃO ENTRE A PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA DAS ENFERMEIRAS EDUCADORAS E PARTICIPANTES EM PROGRAMAS DE EDUCATIVOS: LIMITES E OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE CAPACITAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM SAÚDE

RESUMO: Investigação-ação que pretende explorar os processos de ensino-aprendizagem, desenvolvidos por enfermeiras, para capacitação para o autocuidado e o empoderamento do coletivo de idosos. Foi desenvolvido um programa educativo em duas localidades, no qual foram intercaladas sessões educativas com encontros reflexivos, após a ação educativa pelas enfermeiras educadoras. A seleção e a amostra dos participantes, enfermeiras e idosos foi intencional. Os métodos de coleta utilizados foram: observação participante, com a gravação em vídeo das sessões, entrevistas em profundidade e sessões reflexivas sobre a prática educativa. A análise dos dados foi realizada por meio do método de comparações constantes. Os resultados mostram a convivência de diferentes interesses educativos presentes na atualidade na educação para a saúde, a necessidade de colocar o diálogo como marco de referência para os participantes e as enfermeiras e avançar para posições epistemológicas que favoreçam maior autonomia, a fim de forjar os pilares de uma aprendizagem dialógica em saúde.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem em saúde comunitária. Educação em saúde. Promoção da saúde. Participação comunitária. Pesquisa participativa baseada na comunidade.

INTERACTIONS BETWEEN THE EPISTEMOLOGICAL PERSPECTIVE OF NURSING EDUCATORS AND PARTICIPANTS IN EDUCATIONAL PROGRAMS: LIMITS AND OPPORTUNITIES TOWARD THE DEVELOPMENT OF QUALIFICATION PROCESSES FOR THE PROMOTION OF SELF-CARE IN HEALTH

ABSTRACT: Research-action aimed at exploring and transforming teaching-learning processes performed by nurses focused on the empowerment of mature adults toward self-care. An educational program was launched in two different locations, where educational sessions and post-educational reflexive meetings with nursing professionals were carried out. The selection and sampling of participants - nurses and mature adults - was intentionally pointed out. Employed methodologies were as follows: participatory observation (video recording of sessions); in-depth interviews; and reflexive sessions about educational practices. Data analysis was performed by means of the constant comparative method. Results pointed to the current coexistence of different educational interests concerning the healthcare education, the need for building dialogues between the participants' and nurses' frameworks, and the need for advancing toward more autonomous epistemological reference points that are able to forge healthcare-based dialogical learning pillars.

DESCRIPTORS: Community health nursing. Health education. Health promotion. Consumer participation. Community-based participatory research.

INTRODUCCIÓN

El concepto de promoción de salud se ha ido ampliando y complejizando a lo largo de los años, hacia la construcción de una visión sistémica, comunitaria, participativa donde la educación para la salud (EpS) emerge como una de las principales estrategias para llevar a cabo la promoción de la salud y el empoderamiento de los individuos y colectivos. Sin embargo, en la actualidad conviven diferentes miradas, "intereses constitutivos del saber" si consideramos la clasificación aportada por Harbermas¹ en torno a la práctica educativa en salud.

Estos intereses guían y dan forma a la manera en que se constituye el saber en relación con las diferentes actividades humanas y constituyen por lo tanto, diferentes modos posibles de pensamiento, por medio de los cuales puede ser constituida la realidad y se puede actuar sobre ella.² Habermas propugna que el saber humano se constituye en virtud de tres intereses constitutivos de saberes: el interés técnico, el práctico y el crítico.

La orientación básica del interés técnico es el control, la objetividad y la gestión del medio, por ello la EpS adquiere una mirada informativa, unidireccional y médico-preventiva. Se construye por lo tanto, una educación jerárquica, verticalizada y unidireccional, donde el profesional es el que tiene el conocimiento y el poder, y el educando representa al depositario pasivo de ese saber. La orientación básica del interés práctico es la comprensión del medio y la interpretación consensuada de la realidad. Bajo esta mirada, la EpS se entiende como una actividad compleja, socialmente construida, donde los procesos educativos hunden sus raíces en el mundo personal de los individuos, de sus

significados, en la intencionalidad, en la construcción personal y grupal que se hace del proceso. Es decir, las acciones por las que se lleva a cabo el aprendizaje son acciones comunicativas y en ellas intervienen los deseos, intereses, motivaciones, expectativas e interpretaciones de los participantes.³

La orientación básica del interés crítico es la potenciación hacia la capacitación y liberación de los individuos y grupos para tomar las riendas de sus vidas de manera autónoma y responsable. Es decir, se trata de facilitar a la persona un tipo de comprensión autoreflexiva para que ésta sea capaz de conocer las condiciones sociales objetivas que dificulta la consecución de sus objetivos para con la autonomía racional y la libertad.⁴ La EpS bajo este interés, es esencialmente participativa y democrática y considera el diálogo, la implicación y la participación crítica de los individuos como elementos claves para la emancipación de los sujetos y la transformación de realidades.

Durante mucho tiempo se ha visto a la práctica del cuidado y de la EpS desde una mirada fragmentada y reduccionista que no refleja la multidimensionalidad, la subjetividad y la realidad sociohistórica bajo la cual se construye la práctica de cuidado. La Enfermería, en búsqueda de su legitimación profesional ha incorporado el modelo positivista vigente, atrapando a las personas en el sistema y apropiándose de su autocuidado. Es decir, ha generado personas cada vez más dependientes de los profesionales y de los servicios sanitarios, que necesitan, a su vez, cada vez más recursos para dar respuesta a la demanda que va induciendo.⁵

Sin embargo, múltiples estudios han constatado como la trasmisión de información de manera unidireccional no es suficiente, ni en la educación

sobre el autocuidado ni en la capacitación profesional.⁶⁻⁷ De hecho, los procesos de educación sobre el autocuidado (AC), se revelan como una realidad multidimensional, compleja, construida a partir de innumerables relaciones entre sujetos, instituciones y saberes (cotidiano y profesional), con altos grados de incertidumbre y ambigüedad, que sólo pueden ser eliminados hipersimplificando la situación y, por tanto, comprendiéndola de manera muy superficial.⁸ El mito del profesional como “experto infalible” está caduco y debemos acercarnos hacia una comprensión dialogada de los saberes, que nos permita desvelar el conglomerado de significados utilizados por los individuos así como los elementos que puedan limitar el AC, para poder avanzar hacia un aprendizaje significativo y aumentar el poder de individuos y colectivos sobre sus decisiones, y sobre las acciones en el autocuidado de su salud y de la comunidad. Pero, ¿cómo podemos devolver el poder del AC a la población y a su vez empoderarnos como colectivo profesional?

En coherencia con las cuestiones previamente planteadas, el objetivo de esta investigación ha sido explorar y transformar los procesos de aprendizaje dialógico-reflexivo, desarrollados por enfermeras, orientados hacia la capacitación para el autocuidado, el empoderamiento y la promoción de vida saludable del colectivo “adulto maduro”. En este artículo se presentan la primera parte de los resultados de la investigación que pretender explorar de dónde partimos es decir, cuáles son las estructuras de racionalidad y los supuestos epistemológicos (perspectiva) que sustentan y dan sentido a las prácticas de educación en salud que desarrollan las enfermeras y su interacción con los del colectivo “adulto maduro” en relación con su perspectiva sobre su propio autocuidado y en su relación con las enfermeras.

METODOLOGIA

Desde una noción de EpS como práctica compleja, entendemos que no podemos acercarnos su estudio si no es desde el escenario natural donde ésta tiene lugar y desde la experiencia subjetiva de los sujetos protagonistas de la acción educativa, en definitiva desde un abordaje holista y cualitativo.⁹

Sin embargo, desde nuestro interés no solo en avanzar en la comprensión de la complejidad del fenómeno, sino también en la transformación de la realidad de la EpS y el empoderamiento de los sujetos a través de la participación y la reflexión crítica el enfoque epistemológico de esta investigación adquiere un carácter socio-crítico.¹⁰

La metodología-método mayormente vinculada a la Teoría Crítica es la Investigación – Acción (IA), ya que busca la transformación mediante la acción reflexionada y dialógica. En este estudio, se ha asumido la contribución realizada desde el ámbito educativo para la consecución de los ciclos de IA.¹¹

La población sujeto de estudio, son por un lado dos enfermeras con amplia experiencia práctica en la atención primaria de la salud y en el desarrollo de intervenciones de EpS con colectivos, y por otro personas que se encuentran en la etapa vital denominada como “adulto maduro” o de entrada en la etapa de envejecimiento. Se ha llevado a cabo un muestreo teórico-intencional de los sujetos en ambos casos. Los dos grupos formados por 10/12 personas, estaban compuestos por mujeres y hombres de un rango de edad de entre 65 a 75 años.

Han sido diversos los métodos utilizados: observación participante, entrevistas en profundidad y sesiones de reflexión sobre la práctica educativa. Como medio para aportar rigor y veracidad al estudio se ha desarrollado un proceso de triangulación de métodos y de sujetos.

La observación participante se define como el proceso de aprendizaje a través de la exposición y el involucrarse en el día a día o en las actividades de los participantes.¹² En nuestro caso la situación a observar, han sido las acciones de educación para la salud a través del desarrollo de un rol de participante observador.¹³

Como instrumentos de apoyo a la observación participante, se han utilizado tanto grabaciones en video de las sesiones educativas como el diario de campo. Las grabaciones en video han facilitado la inmersión genuina de la investigadora en el campo.

Las sesiones de reflexión sobre la práctica educativa nos han acercado, a una interpretación colectiva de la realidad que se está investigando, en base a las reflexiones realizadas por los propios actores de esta realidad en relación con los demás y su contexto. Se han intercalado sesiones educativas con la población participante con encuentros de reflexión sobre la acción con las enfermeras donde a través de la visualización de las grabaciones en video (escenas significativas) se ha reinterpretado la práctica educativa con la intención de avanzar en la abstracción de elementos clave del aprendizaje dialógico y capacitante.

Desde el interés por profundizar en los significados que los participantes otorgan a los sucesos acontecidos en la acción educativa y triangular

nuestras interpretaciones, se han llevado a cabo 4 entrevistas en profundidad: con dos sujetos participantes de cada grupo.

Se ha solicitado el consentimiento informado por escrito de los diferentes actores para la participación en el estudio y el uso de las grabaciones de video (aprobado por el CEIC de referencia de la Comarca Sanitaria y amparado bajo el RD 1720/2007) que se han manejado con criterios de confidencialidad y anonimato.

El trabajo de campo se centra en la realización de los ciclos de investigación-acción y en la co-construcción del proceso de aprendizaje a través del desarrollo del programa educativo denominado "Cuidarte está en tus manos" que tiene lugar de forma paralela en dos localidades de la zona rural de Álava (España).

A pesar de que se realiza una aproximación al análisis del contenido del texto a través del método de las comparaciones constantes,¹⁴ transversalmente se pretende realizar una aproximación más holística, que desvele las posiciones sociales desde las que se producen los distintos argumentos y tomas de posición que se van evidenciando. Es decir se pretende superar el tradicional análisis del contenido y acercarnos hacia un análisis crítico del discurso de la acción educativa.¹⁵

Tras finalizar el programa educativo (7 sesiones con la población), los encuentros reflexivos del grupo de enfermeras (6 encuentros), el ejercicio interpretativo desarrollado junto con la población en la última sesión del programa educativo y las 4 entrevistas en profundidad, se puede afirmar que han emergido los primeros núcleos de interpretación que van a guiar la primera lectura dialógica que se realiza de las transcripciones de estos documentos primarios.

A través del método de las comparaciones constantes, el sistema emergente de categorías ha sido constantemente refinado, modificado, depurado y redefinido. En esta fase de análisis hay que señalar que el programa informático Atlas-ti ha sido de gran utilidad. El sistema categorial final aporta 46 categorías y 10 metacategorías de un nivel mayor de abstracción que subsumen, describen y dan sentido a las categorías que contienen. Sin embargo, el sentido del rompecabezas general, lo trazan los vectores cualitativos que representarán el hilo conductor del capítulo de resultados, poniendo en relación y dando sentido a los núcleos temáticos emergentes y las categorías entre sí.

El primer vector hace referencia a los marcos previos (perspectiva) de participantes y enferme-

ras, así como a los discursos de éstas últimas los cuales, desvelan la racionalidad que da sentido por un lado a las prácticas de cuidado de los participantes, a su forma de entender la relación con los profesionales y por otro, a las prácticas educativas de las enfermeras.

El segundo vector recoge las claves educativas que, construidas desde una mirada del aprendizaje dialógico y emancipador, emergen como elementos que facilitan superar los marcos previos limitantes, perpetuadores de relaciones de poder y creadores de dependencia.

El tercer vector, representa el aprendizaje reflexivo donde el ejercicio de reflexión en y sobre la acción emerge como clave para avanzar hacia una racionalidad práctica-reflexiva que se visualiza como verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas, complejas e inestables de la práctica y enseñanza del cuidado.

Sistema de notación de los verbatims: P: Participantes; E1, E2: Enfermeras participantes; I: Investigadora; Iz/Gp: Localidades; S1-, S2-, S3-,...: Sesiones de educación para la salud con el colectivo; E-P1, E-P2...: Entrevistas en profundidad con participantes; RA-3, RA-4,...: Sesiones de reflexión sobre la acción con las enfermeras.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La práctica educativa no tiene lugar de forma acrítica y atemporal sino que se contextualiza en un tiempo y en unas circunstancias sociales y culturales concretas en las que interactúan unos sujetos únicos. Estos sujetos actúan en base a sus conocimientos, experiencias y valores. Sus acciones vienen caracterizadas por una mirada epistemológica, una perspectiva que da sentido a las diferentes formas de entender la salud, el cuidado, la educación y la misma existencia del ser humano. La mirada epistemológica de los sujetos, como veremos, no es estática ni única, sino que evoluciona, se moviliza dentro del continuum técnico-práctico-emancipatorio, teniendo lugar en ocasiones contradicciones y paradojas fruto de la complejidad de la acción educativa y de la convivencia de intereses.

Las acciones, discursos y reflexiones de los participantes y de las enfermeras, han desvelado la perspectiva o mirada epistemológica en relación con la práctica educativa y el AC de la salud, explicando y dando significado de forma transversal a toda la acción educativa.

Sobre el diálogo con los marcos previos de los sujetos participantes

El grupo de población con el que se ha trabajado, se caracteriza por compartir unos marcos previos sobre el autocuidado altamente influenciados por los valores del nacional-catolicismo predominante en su época de infancia y juventud. Valores como el sentido de "providencia divina", el desarrollo de un "rol pasivo" especialmente identificado con el de la mujer, la "no expresión" pública y el ejercicio de "humildad", la práctica del castigo y el "no reconocimiento-valoración del otro", la noción de envejecimiento como "decaimiento" ... están presentes en los discursos y prácticas del colectivo, limitando y coartando su ejercicio de libertad y autonomía. De libertad para compartir con el otro desde el plano de igualdad y de autonomía en la toma de decisiones sobre tu vida y el autocuidado, dejando en ocasiones, en manos de otros (los profesionales, Dios) estas decisiones. Veamos algunas expresiones de los participantes que ilustran estas ideas.

P4: *pues mira todos nos morimos cuando Dios quiere* (S1-Iz).

P19: *no, ya nos hemos callado mucho ya, nuestra generación hemos callado mucho las mujeres, muchísimo* (S5-Gp).

P20: *nunca se te decía si hacías bien las cosas, siempre se te recriminaba cuando las hacías ¡mal!* (S6-Iz).

Estos marcos previos que comparten las personas con las que interactuamos, deberán ser desvelados y tenidos en cuenta en las acciones de educación para el autocuidado. Puede ser que en ocasiones éstos discrepen de los marcos previos que comparten las enfermeras pero será necesario hacerlos explícitos para construir y diseñar conjuntamente objetivos y acciones que pongan en diálogo estos marcos y los saberes que se conforman bajo éstos.

Los marcos previos del grupo afectan no sólo a su forma de entender su autocuidado y la salud sino también a la visión que tienen de los profesionales sanitarios y la forma de relacionarse con éstos. Se ha podido constatar que continúan viendo al profesional sanitario como al profesional experto, depositando en él la confianza y el poder de la toma de decisiones sobre su autocuidado. P2: *Sí, ya vosotras [las enfermeras formadoras] después mirando unas cosas y otras, ya decidís venga vamos a meter 3 [temas] en una charla... pensamos que vosotras haréis lo mejor que sea para nosotras, ya está* (S0-Iz).

En la interacción educativa hemos observado cómo le dan el poder del conocimiento experto y establecen relaciones unidireccionales con éste, dificultando el trabajo de compartir y el diálogo igualitario. Este hecho, viene también influenciado por el dominio del poder biomédico bajo el cual, se ha aculturizado a la población en su capacidad para autocuidarse estableciendo relaciones desde el paternalismo, creando vínculos de dependencia y relegando el papel del "paciente" a un rol pasivo de mero receptor.¹⁶ Es decir, los marcos previos del colectivo junto con el ejercicio de usurpación del poder para el AC ejercido durante años por los profesionales de la salud, afectan y mediatizan el tipo de relación establecida (unidireccional), el rol (pasivo) que ejercen los participantes y las expectativas con las que acuden a las sesiones (ser llenado de conocimientos). Veamos en el siguiente verbatim cómo se escenifica el choque entre las expectativas del grupo y las propuestas pedagógicas de las enfermeras. P4: *a ver, hubo gente porque además yo he oído comentarios, que creo que, que creían que ibáis a intervenir más vosotras, ¿sabes? Les pareció como que iban a escucharos a vosotras y vosotras lo que pedíais eran opiniones, entonces les pareció que para ir allí a oír a una y a otro [participantes], pues como que no era interesante* (E-P4).

Es por ello que como agentes de empoderamiento, se debe facilitar, a través del ejercicio reflexivo, la toma de conciencia de los colectivos de estos marcos previos (perspectiva) y de sus elementos limitantes, para ir avanzando hacia marcos más autonomizantes y menos dependientes del profesional. Planteamos que los profesionales sean facilitadores del ejercicio de reflexión crítica sobre las prácticas de AC que desarrollan los individuos y colectividades, donde se coparticipe en desvelar los aspectos limitantes de ésta para poder modificarlos y transformarlos. El reto consiste por lo tanto, en ir tendiendo puentes para ir acercando miradas y rompiendo con los marcos previos limitantes que hemos descrito anteriormente.

Sobre la liberación de los marcos previos limitantes de las enfermeras: técnicos y positivistas

La educación para la salud se encuentra mediada por relaciones de poder que suscitan intereses y perspectivas culturales diferentes, donde la perspectiva desde la que parten las enfermeras, va a influir en prácticas que se generan en la acción educativa.¹⁷⁻¹⁸ En nuestro caso, se visualizan paradojas y contradicciones fruto de la complejidad de

la acción educativa y del continuum de intereses técnico-práctico-emancipatorio presentes en la acción. Es decir, a pesar del interés por construir una acción educativa bajo un interés práctico-emancipatorio, los marcos previos técnicos que incorporan las enfermeras educadoras, interaccionan en la acción evidenciando en ocasiones contradicciones y paradojas. Este hecho, lo podemos visualizar en la siguiente reflexión aportada por una de las enfermeras sobre el ejercicio de dinamización de la palabra cuando se genera tensión entre el fomento de la participación y diálogo igualitario (dar poder) y la necesidad de controlar a los participantes (quitar poder). E1: *eso si a mí me da pánico fomentar la participación, sobretudo en personas que no están acostumbradas, a personas que saben que pueden intervenir pero que en un momento se tienen que callar... por eso muchas docentes no se arriesgan a la participación. Es mucho más ordenado, "esto", "esto", "esto" y luego al final "pues preguntar algo", pero con cuenta gotas (RA-3).*

Este hallazgo, también se encuentra presente en otros estudios que evidenciaron la complejidad del cambio, donde educadores concededores y comprometidos con la propuesta del diálogo igualitario, terminaban realizando prácticas pedagógicas centradas en modelos informativos y persuasivo-motivacionales que correspondían paradójicamente al modelo que se pretendía transformar.¹⁹⁻²⁰

Diferentes elementos influyen en la mirada bajo la cual construye la acción de cuidado el profesional de enfermería. Como elemento clave, podemos hablar de la diferente forma de socialización en el grupo profesional que haya experimentado la enfermera.²¹ Es por ello, que el interés desde el que esté diseñada la educación inicial y continuada de los profesionales emerge también como clave. La EpS se compone de situaciones y procesos de gran complejidad e incertidumbre en las que aparecen conflictos de valores. Es por lo que la formación del profesional debe profundizar en el análisis crítico de esas complejidades e incertidumbres y no puede responder a un interés técnico, donde se elimina todo el conocimiento y saber práctico de la enfermera en pro de la aplicación de una serie de normas y reglas asumidas como científicas pero en muchas ocasiones descontextualizadas de la realidad práctica.²²

Como consecuencia de lo anterior, se apuesta por que los procesos de mejoramiento y capacitación profesional deban plantearse y emerger desde la propia práctica de los profesionales, donde no

se separe la elaboración de conocimiento de su contexto de aplicación y por lo tanto se tengan en cuenta el conocimiento experiencial y el componente práctico como ejes centrales en torno a los cuales gira el aprendizaje. En el estudio se ha desvelado cómo el ejercicio de reflexión en y sobre la acción facilita explicitar los marcos previos, así como el ejercicio de análisis de los propios esquemas de significado, y avanzar hacia la superación de sus elementos limitantes. E2: *... ha habido muchas cosas que dentro de tu oratoria no te das cuenta de lo que estás pensando, lo dices pero luego al volverlo a ver y analizarlo en profundidad efectivamente te das cuenta de que tienes interiorizado una serie de cosas que espontáneamente te salen (RA-6).*

Otro de los elementos que delimitan nuestra socialización como profesionales es el marco institucional y la racionalidad dominante en esta estructura de poder. Las instituciones pueden caracterizarse como estructuras hegemónicas, puesto que las ideas, valores y creencias de los grupos dominantes de la sociedad se hallan inscritas en el diseño mismo de éstas y por lo tanto impregnan y saturan la subjetividad de las personas que en ellas trabajan.²³ En nuestro caso, la racionalidad positivista, técnica y eminentemente biomédica presente en el sistema dificulta la liberación de la práctica educativa sobre el autocuidado hacia orientaciones más autonomizantes, menos autoritarias y dependientes. Si la formación inicial jugaba un papel determinante en la conformación de la subjetividad de los nuevos profesionales, las instituciones de salud donde ejercen los profesionales de enfermería la perpetúan. En nuestro caso, la institución no solo ayuda a perpetuar y legitimar las relaciones de poder y dependencia, sino que históricamente ha deslegitimado y relegado a un segundo plano las acciones educativas. Como consecuencia de ello, tal y como señala E1, observamos que históricamente no se han facilitado tiempos ni espacios para que estas acciones tengan lugar.

E1: *... yo creo que mientras la dirección, la organización no contemple la educación como algo importante y contemplarlo no es decir que lo hagas en tus horas libres, sino que existan enfermeras educadoras que les guste la educación para la salud y darles, dotarles de estrategias y de formación para que lo hagan muy bien y el tiempo en la jornada laboral, ... (RA-6).*

Se definen entonces programas de salud sin tener en cuenta a los sujetos, las áreas de intervención educativa, la formación dedicada a los profesionales resulta insuficiente y se estructura bajo modelos o marcos teóricos que responden a

un interés técnico-práctico que no responde a las claves anteriormente mencionadas.

Sobre el poder de los discursos

En nuestro caso, los discursos de las enfermeras reflejan las posiciones epistemológicas sobre la salud y el cuidado que trascienden a los contenidos seleccionados. Es decir, los discursos transmiten de manera más o menos implícita valores, ideas, creencias en torno al cuidado de la salud y adquieren especial relevancia en la acción educativa, dado que pueden contribuir a perpetuar las relaciones paternalistas, a mantener una noción del autocuidado limitada, dependiente, fragmentada, o por el contrario a avanzar hacia posiciones más humanistas y socio-críticas.

Los discursos contruidos desde un interés técnico, se encuentran caracterizados por una noción fragmentada del ser humano y el cuidado se encuentra orientado hacia suplir incapacidades o déficits. Se entiende que la teoría desde su supremacía orienta la práctica, donde la relación sujeto (profesional, poseedor del saber) objeto (paciente, receptor) se encuentra separada entre sí, perpetuando de este modo relaciones paternalista de desigualdad, separadas del contexto de acción y desprendidas de sus valores. Es decir, nos encontramos con discursos limitantes, cerrados, absolutistas, reactivos y paternalistas donde el saber reside de forma exclusiva en el profesional. E1: *pues si uno tiene el colesterol muy alto tendrá que ir a lo que diga el médico y la enfermera* (S2-Iz).

Como elementos que caracterizan a los discursos autonomizantes contruidos desde un interés práctico, podemos hacer referencia a las alusiones realizadas por las enfermeras sobre la idea de holismo del ser humano, a la necesidad de compartir una visión sistémica de éste y del proceso de vida como cambio continuo. E1: *las personas no sólo somos un cuerpo físico, somos un cuerpo físico, mental y espiritual, y la percepción que uno tiene de sí mismo, pues ya puedes tomar 15 pastillas al día pero si tú te encuentras muy bien pues ya está* (S1-Iz).

La consideración como seres integrales y únicos se traduce en discursos donde reconocen la subjetividad y singularidad del ser humano, donde reconocen que las emociones, vivencias, valores y significados otorgados difieren de una persona a otra y por lo tanto se respetan, y se contempla la puesta en acción de prácticas de autocuidado diferentes para situaciones de cuidado comunes.

Otro de los elementos que caracterizan a los

discursos contruidos bajo este interés, son los relativos a la no medicalización del autocuidado. Estos discursos, incitan a buscar estrategias naturales, a recurrir al saber cultural sobre el cuidado de la salud presente en los propios colectivos. I: *probar también con alguna cosita natural como alguna infusión de tila, melisa, valeriana, ... suelen ir bien, son relajantes* (S4-Gp). Estos discursos, además, a través del hincapié que realizan sobre el ejercicio de responsabilización que tienen las personas en el cuidado, se alejan del paternalismo y de las posiciones de poder, donde ya no es el profesional el que viene a llenar de conocimientos y a establecer las pautas de acción, sino que es la persona la que tiene que ir avanzando en asumir el protagonismo de su cuidado.

Desde una mirada sociocrítica, los discursos se caracterizan por avanzar hacia una reflexión crítica sobre los planteamientos dominantes presentes en la actualidad, sobre diferentes áreas de cuidado, como puede ser el proceso de envejecimiento, la alimentación, la comunicación con otros y los roles adoptados. E2: *entonces fijaros la publicidad, pero lo decía muy bien ella [vídeo], decía que nos hacen crearnos necesidades, se crea un producto nuevo y entonces vamos todos como ¡um!, vamos todos a probarlo* (S4-Iz).

A través de estos discursos se reconocen las prácticas tradicionales de autocuidado como válidas, legitimándolas, facilitando por lo tanto la devolución del poder del cuidado a la población. E2: *tienes un aprendizaje hecho y unas vivencias, ... una sabiduría. Fijaros, vosotras mismas a ver, cuantos remedios conocéis caseros de curas, procedimientos, de todo, yo he aprendido mucho con vosotras* (S1-Gp).

Otro de los elementos que caracteriza a estos discursos es la relativización y contextualización de los propios discursos para cada situación e individuo, donde no hay recomendaciones de cuidado universales. I: *pero el ritmo muchas veces lo pone la propia persona. Hay gente que igual dice pues ando una hora (de paseo) pero me tengo que parar tres veces, pues bueno, cada uno es adaptarse a sus capacidades* (S3-Gp).

CONCLUSIONES

Hemos visto cómo las perspectivas de los participantes de la acción educativa; población "adulto maduro" y de las enfermeras, en ocasiones, difieren en la forma de entender el proceso educativo y el propio cuidado, generando relaciones de poder, conflictos y paradojas en la

propia acción educativa. Esta condición implica asumir una perspectiva plural y relativista ante la realidad, que nos aproxime a poner en diálogo los diferentes saberes y maneras de entender el mundo y aplane las relaciones de poder y dependencia generadas.

El estudio ha desvelado estas contradicciones y paradojas presentes en la acción práctica, así como las dificultades para realizar cambios de la perspectiva pedagógica en el ámbito de la EpS, generalmente sustentada bajo modelos tradicionales. Es por ello que la formación del profesional orientada hacia una transformación de su práctica, hacia la liberación de los marcos previos limitantes todavía presentes en la acción práctica, representa un asunto complejo que no se resuelve únicamente desde un proceso informativo. Bajo este prisma, es la práctica reflexiva la que ha emergido como clave para generar, avanzar en el conocimiento profesional y en la reconstrucción de estos marcos previos.

Los elementos limitadores vistos a nivel del contexto institucional, nos hacen pensar en la necesidad de plantear acciones que faciliten movilizar el sistema hacia planteamientos más empoderadores de la población. El primer paso ya señalado anteriormente, hace referencia a potenciar y facilitar el ejercicio de reflexión sobre la acción de los profesionales, de tal forma que éste ayude a desvelar los marcos previos y a tomar conciencia de los elementos limitantes de la acción educativa. A partir de aquí y a través de una reconstrucción de nuestras praxis, crear nueva masa crítica de profesionales que trascienda y explicita que otra aproximación al cuidado es posible. Otra de las acciones también podría contemplar el llevar a cabo investigaciones que desarrolladas sobre la acción práctica, pongan sobre la mesa, cuestiones sobre cómo y qué se está haciendo en educación para la salud y aporten claves para avanzar hacia planteamientos que realmente capaciten a los individuos y colectivos en salud, como se ha pretendido en esta investigación.

Para terminar, podemos afirmar que se ha podido explicitar cómo son los discursos más humanistas son los que facilitan alejarnos del paternalismo y de la fragmentación del autocuidado. Por otro lado, los discursos más críticos y relativistas nos acercan a sentar las bases de la igualdad de las diferencias y de la devolución del cuidado a la población, facilitando la movilización de los colectivos hacia posiciones epistemológicas más autonomizantes y forjando los pilares del aprendizaje dialógico en salud.

REFERENCIAS

1. Habermas J. Conocimiento e interés. Madrid (ES): Taurus; 1982.
2. Carr W, Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. Barcelona (ES): Martínez Roca; 1998.
3. Medina JL, Sandín M.P. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr-Jun; 15(2):312-9.
4. Medina JL. Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria española en enfermería. Barcelona (ES): Laertes; 1999.
5. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia Rev Filosofía.* 2007; II (8):65-86.
6. Peñaranda F, Torres JN, Bastida M, Escobar G, Arango A, Pérez FN. La praxis como fundamento de una educación para la salud alternativa: estudio de investigación-acción en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Medellín, Colombia. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(39):997-1008.
7. Bastida M, Pérez FN, Torres JL, Escobar G, Arango A, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest Educ Enferm.* 2009; 26(1):104-11.
8. Medina JL. Imágenes del otro. A propósito del sujeto destinatario de las prácticas de educación para la Salud [firma invitada]. *RIDEC.* 2012 [acceso 2014 Feb 24]; 5(2). Disponible em: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/77-ridec-2012-volumen-5-numero-2/445-firma-invitada-imagenes-del-otro-a-proposito-del-sujeto-destinatario-de-las-practicas-de-educacion-para-la-salud>
9. Medina JL, Sandín MP. Epistemología y enfermería: paradigmas de la investigación en enfermería. *Enferm Clín.* 1995; 5(1):3245.
10. Guba E, Lincoln Y. Cap 6: Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research.* London (UK): Sage; 2000.
11. Carr W, Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. Barcelona (ES): Martínez Roca; 1998.
12. Schensul SL, Schensul JJ, LeCompte MD. Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires. Book 2: Ethnographer's toolkit. Walnut Creek (CA): AltaMira Press; 1999.
13. Valles M.S. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid (ES): Síntesis; 1997.
14. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York (US): Aldine Publishing Company; 1999.

15. Criado E. Del sentido como producción: elementos para un análisis sociológico del discurso. En: Latiesa M. El pluralismo metodológico en la investigación social. Granada (ES): Universidad de Granada; 1991. p.87-212.
16. Comelles JM. La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. Revisión en Salud Pública. 1993; 3: 169-192.
17. Mejía MR. La educación popular: hacia una pedagogía política del poder. Aportes. 1996; (46):19-39.
18. Bruner J. Actos de significado; más allá de la revolución cognitiva. Madrid (ES): Alianza Editorial; 2009.
19. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres JN, Arango A. Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. Salud Pública Méx. 2006; 48(3):229-35.
20. Torres JN, Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Pérez FN, Arango A, Rivas E. El educador como investigador de su práctica pedagógica; la importancia de la reflexión en la educación para la salud. Rev Salud Publica. 2010; 28(2):161-268.
21. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics. New York (US): Springer, publishing Company; 2009.
22. Medina JL, Do Prado ML. El curriculum de enfermería como prototipo de tejné: racionalidad instrumental y tecnológica. Texto Contexto Enferm. 2009 Out-Dez; 18(4):617-26.
23. Apple M. Ideología y currículo. Madrid (ES): AKAL/Universitaria; 2009.